

**DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADISTICA, ENCUESTAS Y CENSOS
(DGEEC)
PROGRAMA PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS ENCUESTAS Y LAS
MEDICIONES DE LAS CONDICIONES DE VIDA EN PARAGUAY (MECOVI –
PARAGUAY)**

**EQUIDAD EN EL GASTO PÚBLICO EN SALUD EN
PARAGUAY**

MARIA ELIZABETH BARRIOS KÜCK (*)

INFORME FINAL

**ASUNCIÓN – PARAGUAY
ENERO - 2002**

EQUIDAD EN EL GASTO EN SALUD EN PARAGUAY

I- Introducción

Uno de los derechos básicos de todas las personas reconocidos universalmente constituye la salud, además de ser un importante factor para el desarrollo social y económico en el largo plazo. Conforme a este principio, los gobiernos de todo el mundo han y seguirán jugando un papel primordial en el financiamiento y la prestación de servicios de salud¹, pero por otro lado, surge la necesidad de que los gobiernos puedan cumplir dichos roles con eficiencia y equidad.

En ese sentido uno de los diez compromisos de la cumbre social de Copenhague (marzo 1995) es lograr el acceso universal y equitativo a la educación y atención primaria de la salud por tanto se necesita una provisión eficiente y equitativa de servicios sociales

La salud en cuanto derecho inalienable de todo ser humano constituye un bien público, es decir que nadie puede sentirse excluido de sus beneficios y tampoco el beneficio que una persona obtiene debe sustraer la cantidad disponible para los restantes miembros de la sociedad. Pero como la salud es fruto de la interacción de varios factores como la herencia o biología, el ambiente en que se desenvuelve el ser humano, los estilos de vida y el sistema sanitario, la definición de si es un bien público o privado es más compleja. Además, queda claro que la salud es un bien muy especial y particular en cuanto a sus características en lo individual y lo social.

A nivel individual las personas buscan la curación ante ausencia de la salud o lo que es lo mismo en casos de enfermedad a través de los servicios sanitarios asistenciales, y su conservación o la prevención del evento de enfermedad a través de los servicios de medicina preventiva.

Desde la óptica social o colectiva, la salud es considerada como un bien meritorio ya que forma parte del capital social porque se ha demostrado la relación entre éste y el crecimiento y desarrollo de las sociedades. La rama de la economía, la economía de la salud, que analiza estos temas define a los bienes tutelares, meritorios o preferentes, como aquellos bienes o servicios que, en opinión de las sociedades, resultan de importancia vital para el país, porque el hecho de que todos puedan alcanzarlo deriva en un mayor grado de bienestar general para el conjunto de la población, es decir donde existe una alta tasa de externalidad. Por ello su acceso y consumo debe ser protegido, y un modo de lograrlo es hacer que no dependa de la capacidad adquisitiva individual sino adoptando medidas que contribuyan al logro de los objetivos tanto de eficiencia como equidad².

Dichos objetivos están ligados tanto a la entrega como a la forma de financiamiento de los servicios. En un modelo de atención de salud intervienen de manera genérica tres agentes: el que presta la atención de salud, el que recibe la atención y el que la paga.³

(*) Agradecimientos al Señor Marcos Robles por sus oportunas y claras recomendaciones y toda la colaboración prestada.

¹ Focalización y Paquetes de beneficios. Programa Flagship, Reforma y Financiamiento Sustentable del Sector Salud. Santiago de Chile. Bitrán y Asociados, Flagship Program, World Bank Institute y Universidad Alberto Hurtado. Junio 2000.

² Documentos del curso de Economía de la Salud impartidos por ISALUD. Argentina. 2001

³ La equidad y los Seguros de salud públicos y privados. Martínez Esperanza y Villalba Sandra

Por otro lado, se hace cada vez más evidente que en muchos países en desarrollo, la estrategia de la prestación universal de los servicios de salud es ineficiente y a la vez inequitativa, lo que representa un fracaso en cuanto a su principal objetivo de la equidad sumado a la eficiencia⁴. Por ello los recursos públicos aplicados en la esfera del bienestar social deben estar destinados fundamentalmente a cubrir las necesidades de quienes no están en condiciones de sufragar por sí mismos la prestación de servicios de salud, y deben ser aplicados respondiendo a los principios de: focalización, identificando con la mayor precisión posible a los beneficiarios, subsidio a la demanda (traducir en la medida de lo posible el subsidio en poder de compra), evaluación a través de la medición del efecto y no del gasto, prioridad a los más necesitados, y equidad entendida como compensación de las desventajas, mediante el trato desigual a quienes son socialmente desiguales⁵.

Frente a este esquema teórico, la realidad paraguaya es la siguiente: un poco más de la tercera parte de la población paraguaya vive en condiciones de pobreza, es decir sus ingresos no alcanzan a cubrir sus necesidades alimenticias y no alimenticias. Las cifras de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 1999 indican que 15.5% de la población tiene ingresos inferiores al costo de una Canasta Básica de Alimentos, por ende 18.2% son pobres no extremos, cubren sus necesidades de alimentos pero no otras necesidades como educación, salud, otros servicios, etc. En cuanto a la desigualdad en la distribución de Ingresos de todos los individuos, el Índice de Gini⁶ (1999) es de 0.53, 0.47 para el área urbana y 0.56 para el área rural. Por otro lado, la razón de Kuznet mide la desigualdad en la distribución de ingresos en una sociedad y compara los ingresos de los más ricos con el de los más pobres, en ese sentido esta razón indica que en Paraguay el ingreso del decil más pobre está contenido 44 veces en el ingreso del decil más rico.

Por otro lado, solo la quinta parte de la población posee seguro médico, casi la tercera parte de la población residente en áreas urbanas y apenas 8% de la población rural. En 1999, 35.2% de la población ha declarado estar enferma o accidentada, de los cuales 48% ha consultado con algún médico o curandero para atender su dolencia. A la luz de estos datos se evidencia la necesidad que en el corto plazo las personas puedan atender sus necesidades básicas para poder preservar y cuidar su salud como un elemento básico que incide en el desarrollo personal y socioeconómico.

La atención de la salud de la población paraguaya es responsabilidad de tres subsectores:

1) Público: conformado por:

1.1. *Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS)*: autoridad principal del Poder Ejecutivo de proteger la salud de la población, sus gastos están financiados por el Tesoro Público, crédito público y aunque en menor escala también cuentan los generados por las propias instituciones oferentes de servicios de salud, fondos

⁴ Focalización y Paquetes de beneficios. Programa Flagship, Reforma y Financiamiento Sustentable del Sector Salud. Santiago de Chile. Bitrán y Asociados, Flagship Program, World Bank Institute y Universidad Alberto Hurtado. Junio 2000.

⁵ Este es uno de los principios inspiradores de las reformas de los sistemas de bienestar social en América Latina. "Política social, pobreza y focalización. Reflexiones en torno al programa de educación, salud y alimentación" Emilio Duhau. Sociólogo y Doctor en Urbanismo.

⁶ Cuando el Índice de Gini= 0 se da una perfecta igualdad y valores cercanos o iguales a 1 demuestran perfecta desigualdad.

especiales⁷ y cooperaciones internacionales. El Ministerio de Salud opera en el ámbito de 18 Regiones Sanitarias que en la actualidad corresponden a la división política del país, y Asunción, que por su densidad poblacional y por ser la Capital se constituye en una Región Sanitaria. Dispone de 1.471 médicos, 234 odontólogos, 94 bioquímicos y químicos farmacéuticos, 398 licenciadas en enfermería y obstetricia, 916 técnicos y 2752 auxiliares cuyas funciones son cumplidas en 17 hospitales regionales, 18 hospitales distritales, 120 centros de salud, 634 puestos de salud, 12 hospitales especializados y 8 centros especializados⁸.

1.2. *Instituto de Previsión Social (IPS)*: ente autárquico encargado de dirigir y administrar el Seguro Social. Brinda servicios de jubilación y pensiones bajo varios regímenes⁹, además de las atenciones de riesgos de enfermedad no profesional, maternidad, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales¹⁰ de los afiliados y familiares a cargo. Se financia con los aportes de empleados y empleadores del sector privado y el Estado aporta cierto porcentaje dentro del Régimen General. También están incluidos los docentes como beneficiarios del IPS. Opera en cinco niveles de complejidades.

1.3. *Sanidad de las Fuerzas Armadas*: Otorga atención a toda la población militar en actividad o en situación de retiro y sus familiares, y a los ex - combatientes de la Guerra y a la población civil en regiones donde no existen centros asistenciales públicos o privados. Sus recursos provienen del Presupuesto General de la Nación a través del asignado al Ministerio de Defensa. Su sistema está organizado en tres niveles de complejidad. Cuenta con un Hospital Militar Central (250 camas), y con el Hospital San Jorge (60 camas), ambos en Asunción, así como con tres hospitales en unidades militares del interior del país¹¹.

1.4 *Sanidad Policial*: atiende a funcionarios, ex funcionarios, familiares y presidiarios. La fuente de financiamiento de sus servicios provienen de recursos asignados en el Presupuesto General de la Nación a través de la Policía Nacional y además cuenta con un seguro complementario en forma de prima fija.

1.5. *Universidad Nacional de Asunción*: presta servicios asistenciales parcialmente gratuitos en el Hospital de Clínicas y en el Neuropsiquiátrico (Asunción). Sus recursos provienen del Presupuesto General de Gastos de la Nación en lo que corresponde a la Facultad de Medicina. El Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas ofrece servicios de atención ambulatoria, hospitalaria y especializada y cuenta con 450 camas.

1.6. *Municipios y Gobernaciones*: el Secretario de Salud de la Gobernación es por ley la autoridad máxima del Consejo Regional de Salud y se coordina con los Municipios del Departamento y con el Gobierno Central. Esta estructura responde al proceso de descentralización de servicios de salud que debe ser implementado a través del apoyo de

⁷ Se refiere al 1.5% del aporte patronal del IPS que está destinado al Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SENEPA), MSPBS.

⁸ <http://www.mspbs.gov.py/hiermenux.html>

⁹ El IPS tiene un Régimen General, Especial, Básico y un Régimen no Contributivo que son los servicios de salud para veteranos, lisiados y mutilados de la Guerra del Chaco.

¹⁰ CEPPO. La Reforma de la Seguridad Social en el Paraguay: El Caso del Sector Salud. Agustín Carrizosa. 1996.

¹¹ Perfil del sistema de servicios de salud de Paraguay. Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud. División de desarrollo de sistemas y servicios de salud. OPS.

los Consejos de Salud Locales. Sus fondos provendrían del Presupuesto General de Gastos de la Nación, de contribuciones locales y por los ingresos generados por las mismas instituciones.

El Municipio de Asunción cuenta con un policlínico municipal y 6 puestos sanitarios que brinda atención médica a obreros y familiares como también a personas de escasos recursos que recurren a dichos centros. Se financian en general con fondos propios ya que son entes autónomos.

1.7. *Empresas estatales descentralizadas:* Itaipú Binacional y Yacyretá ofrecen prestaciones de salud y seguro médico adicional a funcionarios, ex funcionarios y familiares en instalaciones sanitarias propias, generalmente para atención ambulatoria. También ofertan programas preventivos y de asistencia médica a toda la población de la zona de influencia de las represas.

2) Privado: constituido por instituciones con y sin fines de lucro. Las primeras son autofinanciadas a través de los pagos directos y las cotizaciones.

3) También existen instituciones mixtas como la Cruz Roja Paraguaya¹² que cuenta con un hospital para la atención materna de 125 camas. Se financia con aportes de una Fundación privada sin fines de lucro, los salarios del personal médico, paramédico y administrativo son financiados por el MSP y BS.

Como ya se expuso anteriormente, el MSP y BS es la autoridad principal del Poder Ejecutivo encargada de proteger la salud de la población¹³. Además, es la institución que regula las acciones de promoción, prevención y recuperación de la Salud, así como el saneamiento ambiental. Cumple funciones múltiples que van desde las normativas y de control, hasta la prestación directa de servicios.

Frente a esto, no siempre los servicios ya sean privados, públicos o mixtos están al alcance de los más vulnerables: la población pobre. Por ello, se impone la necesidad de introducir los objetivos de equidad y eficiencia en la entrega de los servicios sociales, especialmente los de salud.

Este trabajo pretende abordar el tema de la equidad en el gasto público. Es decir, llegan los servicios de salud brindados por el Estado a la población perteneciente a los estratos pobres? De qué manera llegan estos servicios a la población? Por tanto, es eficiente y equitativo el Gasto Público?

Para responder estos cuestionamientos se utilizarán las Encuestas de Hogares 1997/98 y 1999 ejecutadas por la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, además de otras fuentes de datos de modo a complementar y sustentar las conclusiones.

El trabajo consta de tres partes, una primera donde se realiza una introducción que incluye una breve revisión conceptual y bibliográfica del tema, en la segunda se analizan los datos tanto presupuestarios como de cobertura y de algunos indicadores creados a los efectos del presente estudio y en la tercera y última parte se revelan las conclusiones y algunas sugerencias de políticas surgidas a la luz de los resultados obtenidos.

¹² Op. Cit.

¹³ <http://www.mspps.gov.py/hiermenux.html>

II- ANALISIS DE LA EQUIDAD EN SALUD EN EL GASTO Y COBERTURA DE LOS SERVICIOS.

En el afán de brindar un desarrollo teórico y cuantitativo para alcanzar los objetivos propuestos en este trabajo, se parte del concepto de equidad y eficiencia de modo a facilitar la comprensión de los resultados obtenidos y elevar las correspondientes conclusiones en coherencia con estos enunciados.

El concepto de equidad en salud puede ser abordado desde la perspectiva de la igual oportunidad de todas las personas que participan de un sistema de salud de tener acceso a los servicios de acuerdo a sus necesidades reales de salud. La inequidad en el acceso se puede deber a razones económicas de las personas para cubrir sus gastos en salud, a la distribución geográfica de los servicios, a las barreras impuestas por las creencias, la cultura y la educación. *El concepto de equidad en el acceso*: significa que las personas acceden a la atención de salud de acuerdo a su necesidad y no de acuerdo a su nivel de ingreso. *El concepto de equidad en el financiamiento*: significa que la gente participe en el financiamiento de su salud, con relación a su nivel de ingreso y no en relación a sus riesgos de salud.

La consecución de la equidad en salud implica disminuir las diferencias evitables e injustas al mínimo posible y en cuanto a los servicios de salud recibir atención en función a la necesidad que reforzando la definición antes detallada permite obtener la equidad en el acceso y uso de los servicios y de esa manera la concreción de esta acepción contribuiría en función de la capacidad de pago para llegar a la equidad financiera.

La eficiencia en cambio se refiere a conseguir el objetivo propuesto, es decir la máxima efectividad con unos recursos dados. Este objetivo tiene a su vez tres acepciones: la Eficiencia técnica que consiste en obtener el producto buscado utilizando el mínimo en recursos o factores de producción posibles; la Eficiencia de gestión es obtener el producto buscado al mínimo costo posible; y finalmente la ciencia de la economía de la salud también estudia la eficiencia asignativa que se refiere a la producción al menor costo social de los bienes y servicios que más valora la sociedad y la distribución de los mismos en una forma socialmente óptima. A los efectos de este trabajo se utilizará el concepto general para analizar si se ha logrado el objetivo de acercar los servicios de salud en forma oportuna y sobretodo a los que se encuentran en situaciones vulnerables y pasibles de sufrir carencias mayores si no son atendidos ya sea por falta de recursos o por distancia a los centros de oferta de servicios de salud.

A)- EVOLUCION Y COMPOSICION DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD

Este apartado presenta la evolución del gasto público en salud por parte del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS), autoridad principal del Poder Ejecutivo de velar por la salud de la población paraguaya.

El gasto del Ministerio de Salud representó para el año 2000¹⁴, 7% de los Gastos del Gobierno Central. Se puede decir que este porcentaje se mantiene desde el año 1992, ya que anteriormente la fracción que correspondía al MSP y BS era menor oscilando 4 a 5% entre los años 1988 y 1991.

¹⁴ Fuente: Ceppro, Presupuesto Público. Evolución del presupuesto del MSP y BS 1989 al 2000. Año 2001.

Considerando la población¹⁵, se tiene que los gastos distribuidos entre los mismos dan como resultado un gasto per cápita de 77.000 Guaraníes corrientes. Vale decir, que el total de recursos destinados en el año 2000 a la principal institución rectora de la salud equivale a destinar 77.000 por cada ciudadano paraguayo.

Cuadro N°1

Evolución de Gastos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (1990-2000)	
Año	Millones de guaraníes corrientes
1990	26092
1991	61681
1992	99368
1993	129023
1994	152324
1995	192151
1996	241625
1997	265100
1998	317572
1999	348838
2000	423246

Fuente: Presupuesto Público N°8 - CEPPRO 2001

Fuente: DGEEC – EIH 1997/98

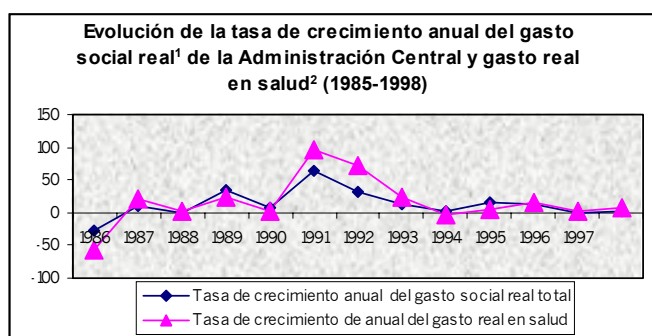
El gasto en la salud absorbe 16% del gasto social (educación, salud, agua y saneamiento básico, vivienda, previsión social, bienestar social, cultura, recreación y otros) para el año 1998 (Benegas, Sauma). En realidad, el porcentaje correspondiente a salud ha oscilado entre 10 a 18% del total de gastos sociales, pero se observa un promedio de 16% para el período 1992-1998. En términos relativos, el gasto social fue en su mayor parte destinado a la educación ya que este sector casi triplica en gastos a la salud, aunque se advierte un notable crecimiento en términos nominales, incluso su nivel de crecimiento fue mayor a los gastos de la propia Administración Central.

Por otra parte, el nivel del gasto en salud con respecto a la producción total del país, el presupuesto obligado del MSP y BS representó en el año 2000, 1.6% del Producto Interno Bruto¹⁶ (PIB).

Figura N° 1

¹⁵ Para dicho cálculo se han tomado los datos de proyección de la población de la DGEEC

¹⁶ Fuente: CEPPRO, op. Cit.



¹ Deflactado con el IPC calculado por el BCP

² Los gastos en salud incluyen programas de nutrición

Fuente: Iniciativa 20/20 Gladis Benegas, Pablo Sauma con la colaboración de Manuel Ferreira, Rubén Gaete, Liduvina Molinier. Sistemas de Naciones Unidas. Año 2000

La composición presupuestaria del MSP y BS muestra que en promedio en los últimos 8 años (1992 al 2000) 60% de los gastos obligados fueron destinados a servicios personales, en promedio casi 13% a compra de materiales y suministros y el mismo valor para inversiones físicas. Este último objeto del gasto ha experimentado un crecimiento desde el año 1994, aunque se observa una recaída en el año 2000. El aumento observado se debe a la priorización dada al fortalecimiento de infraestructura de servicios de salud (Ceppro, 2001)¹⁷ que se refiere a la ampliación, remodelación y rehabilitación de centros e instituciones de salud dependientes del principal ente rector sanitario de nuestro país.

Los gastos corrientes han fluctuado entre 73% y 85% de los gastos totales lo cual implica que gran parte de los mismos se han destinado a cubrir gastos referentes a operaciones corrientes de la institución y menos proporción fue asignada a las inversiones ya sean físicas o de otra índole aunque en los últimos años se advierte un ligero aumento en el mismo rubro lo que es coherente con el crecimiento que se ha visto en el rubro de Inversiones físicas en oportunidad de analizarse los gastos según su objeto.

Los gastos de Acción¹⁸ han absorbido casi 70% en promedio del total de gastos pagados en el período 1993/2000, llegando incluso este tipo de programa del presupuesto del MSP y BS a ascender al 80% en 1997 y ha tenido un comportamiento positivo en términos de crecimiento sobretodo en el año 1996 cuando los gastos pagados han aumentado en 33%. Los principales programas de acción son los referentes a Asistencia médica general que en los últimos cuatro años (1997/2000) ha participado del 40% de los gastos obligados del MSP y BS que son a su vez distribuidos entre las distintas regiones sanitarias, el segundo en importancia es de Asistencia médica especializada (26.7% del total de gastos obligados del 2000), en tercer lugar se ubica el programa del Centro Médico Nacional con una participación promedio de 16.8% en los últimos cuatro años del mismo período arriba mencionado.

¹⁷ Ceppro, op.cit

¹⁸ Gastos de Acción se refieren al conjunto de programas, subprogramas y actividades de su programación en términos de objetivos y metas cuantificables sobre la base de sistemas de determinación de unidades de medida, indicadores de gestión o producción.

Gastos por departamento

Otro elemento importante a considerar en el análisis de la equidad del gasto del MSP y BS constituye la distribución de los mismos en los distintos departamentos. Pero considerando que se ha incluido la elaboración de un índice de necesidades de salud (INS) con datos de la EIH 1997/98 y dada la representatividad de los datos a nivel de departamental, solo se han incluido cinco departamentos como San Pedro, Caaguazú, Alto Paraná, Itapúa y Central. Si bien es cierto que solo son 5 departamentos, ya permite tener una cierta aproximación del objetivo de este punto que es el de conocer la equidad de la distribución del gasto entre departamentos.

El INS fue construido para obtener un indicador que englobe las necesidades observadas en términos generales en la salud de la población de cada departamento. Se han tomado datos de niños, mujeres, población en general que resumen las necesidades más notorias en cada sector y grupo poblacional.

Las variables tomadas de los niños son las de Desnutrición Crónica que mide el retardo en el crecimiento a través de la relación entre talla y edad de los menores de cinco años.

La Desnutrición Aguda refleja el bajo peso de los niños con respecto a la esperada para su talla, es decir analiza la relación Peso/Talla.

La Desnutrición Global se da cuando el peso del niño es inferior al promedio esperado para su edad en términos de la relación Peso/Edad.

Los datos referentes a las mujeres son los de analfabetismo dado que la relación entre buen cuidado de la salud de los niños y miembros del hogar en general y la probabilidad de contraer enfermedad es menor cuando el nivel de instrucción de la madre es superior. Se ha visto que los niveles de desnutrición disminuyen cuando la educación de la madre es terciaria, incluso se observa una notable mejora en los indicadores ante niveles de instrucción secundaria de la madre de los menores. Según cifras de 1997/98¹⁹ la desnutrición crónica es de 13.9% cuando la madre de los menores a cinco años tiene nivel de instrucción primaria, sin embargo, esta cifra desciende a 1.9% cuando el nivel de instrucción es terciaria. Por otra parte, existe una atención más oportuna y formal ante la presencia de enfermedad como la diarrea en los menores tal como lo indica el dato del mismo año mencionado que ante cuadros de diarrea de los menores de cinco años los niños son atendidos por la madre en 58.3% cuando la educación de la madre es primaria, en cambio 77.4% de los niños son atendidos por médicos cuando la madre posee educación terciaria. Por tanto es clara la relación entre el nivel de educación de la madre y la salud de los niños y de la familia en general.

La variable mujeres con tres o más hijos se ha tomado porque el promedio de hijos en estos departamentos oscila entre 2.8 y 4.8, por lo que consideramos que un número de tres o más hijos sería un elemento que indica un mayor riesgo de menor atención por parte de la madre para cada uno de los hijos ya que el tiempo de la misma debe ser distribuido entre más niños por lo que se demuestra un mayor riesgo de contraer enfermedades por falta de cuidados, es decir la probabilidad de que la tasa de morbilidad en hogares donde las mujeres madres tienen más de tres niños sería mayor en relación a aquellas que tienen menos hijos que el límite adoptado.

¹⁹ DGEEC, Revista N° 4 Economía y Sociedad. Situación de la Salud y Nutrición Infantil en Paraguay. Yung Il Lee. 2001

El indicador de no acceder a agua vía cañería, es decir potable para el consumo y el aseo en general también predispone a un mayor riesgo a las personas a contraer enfermedades por razones de salubridad e higiene.

Las necesidades básicas insatisfechas (NBI) indica la carencia de la población en la satisfacción de cuatro necesidades básicas como *Calidad de la Vivienda* definida por los materiales utilizados en la construcción y a la condición de hacinamiento de sus ocupantes. La siguiente variable es la *Infraestructura sanitaria* que se analiza a través de la disponibilidad de servicios de provisión de agua y eliminación de excretas; el *Acceso a la educación* está medida por la existencia de niños de 7 a 12 años que no asisten a establecimientos educativos y de analfabetos en relación de parentesco con el jefe de hogar y finalmente se toma en cuenta la *Capacidad de Subsistencia* que nos remite a la probabilidad de insuficiencia de ingreso en el hogar.

En esta ocasión se ha tomado al menos una NBI lo cual indica que la población no satisface al menos una de las necesidades arriba detalladas.

Comentario: DGEEC.
Evolución de las Necesidades
Básicas Insatisfechas 1992-1998

A partir de estas variables se ha construido un índice que no solo refleja los problemas de salud en los departamentos, sino también aquellos que se derivan de la insuficiencia de ingresos o problemas estructurales a través de las NBI.

El INS permite observar datos bastante coherentes con los niveles de pobreza, por ejemplo al tomar el caso del segundo departamento de San Pedro presenta el mayor valor de INS de entre los departamentos analizados, que es de 40.5, y consistente con que este departamento es el que presenta mayor porcentaje de población en situación de pobreza (62%) así con los demás departamentos.

El departamento de San Pedro presenta una mayor prevalencia en casi la totalidad de los indicadores analizados, excepto el de Mujeres con más de tres hijos que es superado por el departamento de Caaguazú. El porcentaje de niños con desnutrición crónica es muy elevado en este departamento, lo mismo que la desnutrición global en relación a este problema en los demás departamentos.

El segundo departamento que presenta un mayor INS es Caaguazú, que además se ubica en segundo lugar en cuanto a proporción de su población en situación de pobreza (60.1%). En este departamento se evidencia que existe un elevado porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que tienen tres y más hijos nacidos vivos, tiene 73% de su población con al menos una NBI y los niveles de desnutrición de los menores de cinco años son relativamente menores a los de observados en San Pedro, pero mayor que los demás departamentos.

Itapúa se ubica en tercer lugar de entre los cinco departamentos analizados ya que muestra un valor de INS de 30.1. En términos generales la situación de desnutrición que lo afecta en mayor medida es la desnutrición crónica, también existe un elevado porcentaje de su población que carece de al menos una necesidad básica, además que el número de mujeres con tres o más hijos nacidos vivos también es alto en relación a Central y alto Paraná pero menor que los primeros dos arriba mencionados.

Dichos departamentos se ubican en el cuarto y quinto lugar respectivamente cuyos INS son 26.4 y casi 10 puntos menos para Central (16.8).

Cuadro N° 2

Índice de Necesidades de Salud según varios indicadores, 1997/98								
Departamento	Niños con desnutrición crónica (T/E)	Niños con desnutrición aguda (P/T)	Niños con desnutrición global (P/E)	Analfabetismo femenino ¹	Población con al menos una NBI	Población sin acceso a agua por cañería	Mujeres con más de 3 hijos (%)	Índice de Necesidades de Salud
San Pedro	18,5	2,1	9,5	14,6	79,1	89	71,0	40,5
Caaguazú	9	0,7	4,2	14,8	73,7	79	81,6	37,6
Alto Paraná	6	0,2	2,1	11,1	47,5	79,1	39	26,4
Itapúa	8,7	1,2	4,4	13,1	59,8	68,6	54,6	30,1
Central	8,3	0,5	2,8	7,6	39,9	24,1	34,6	16,8

¹ Población de 15 y más años de edad

Fuente: DGEEC - EIH 1997/98 para las variables ;

Los datos del cuadro permiten ver que las necesidades de atención de la salud no son iguales en todos los departamentos, por ende se impone la necesidad de que la distribución de los gastos destinados a cubrir dichas necesidades sean coherentes con las necesidades expuestas en el INS para aspirar llegar a los umbrales de los objetivos de dar igualdad en oportunidades priorizando a los más carenciados y vulnerables (equidad) y la obtención de la máxima efectividad con unos recursos dados (eficiencia). Por tanto veamos la proporción del gasto de Asistencia Médica General que ha correspondido a cada uno de estos departamentos analizados y analicemos la correlación existente con los niveles de INS.

Cuadro N° 3

Relación entre porcentaje de gasto por departamentos e Índice de Necesidades de Salud

Departamentos	Índice de Necesidades de Salud	% de participación en el gasto del MSP y BS ¹
San Pedro	40,5	5,3
Caaguazú	37,6	6,9
Alto Paraná	26,4	9,2
Itapúa	30,1	7,2
Central	16,8	9,8

¹ El dato de los gastos corresponde al programa de Asistencia Médica General del MSP y BS del año 1998.

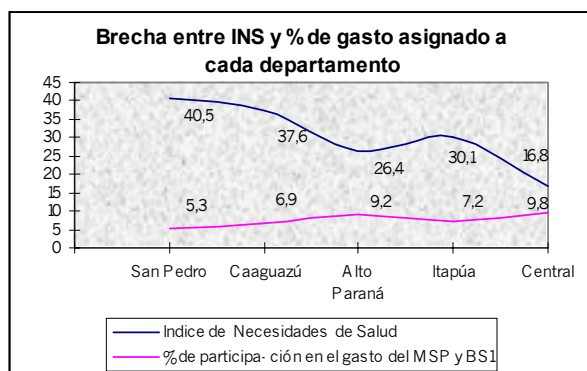
Fuente: Ceppro, 2001 "Evolución del presupuesto del MSP y BS 1989 al 2000

Fuente: DGEEC - EIH 1997/98

A juzgar por los datos se observa que la participación de los gastos de Asistencia Médica General por departamentos no responden a la intensidad de necesidades que estos presentan según los INS registrados. Los gastos de Asistencia Médica General a su vez concentran 39% del presupuesto obligado del programa de acción del MSP y BS. Recordemos que a los programas de acción fueron destinados casi 77% del gasto total obligado del mismo en el año 1998. La siguiente Figura muestra con claridad la brecha que dista entre las INS y el porcentaje de gastos que han correspondido a cada departamento. Si la distribución de los recursos por departamentos tiende a la equidad, la brecha debería de ser menor por ejemplo para el caso de San Pedro, pero en este caso la distancia es mayor, es decir se ha asignado mayor porcentaje a aquel departamento

que demuestra menor INS como Central y Alto Paraná. El departamento de San Pedro es el que refleja mayores necesidades en términos de casi todos los indicadores incluidos para la elaboración del INS, pero en contrapartida es el que recibe una razón menor de los recursos de la Asistencia Médica General que es el programa de Acción que distribuye los recursos para las regiones sanitarias del MSP y BS.

Figura N° 2



Por tanto se concluye esta parte indicando que los gastos no son distribuidos conforme a las necesidades de la población de cada departamento, en este caso de los cinco departamentos analizados, observándose una regresividad en contra de aquellos que se encuentran en desventaja en cuanto a posibilidades de acceso a los puestos de atención de la salud y a la capacidad de financiamiento y a aquellos que presentan mayores necesidades de atención de la salud en cuanto a nutrición, acceso a agua potable, nivel de educación, mejores condiciones de habitabilidad, entre otros. Estas observaciones pretenden convertirse en herramientas de reflexión que combinadas con otras permitan mejorar la estructura y composición de los gastos y también la distribución teniendo presente los objetivos de fomentar la igualdad entre desiguales y de un uso eficiente de los escasos recursos disponibles.

b) PERFIL DE SALUD DE LA POBLACIÓN

En la parte introductoria del trabajo se mencionaba que es preciso evaluar si los gastos en salud logran el objetivo de la equidad y para se debe recurrir a examinar la manera en que las actividades financiadas públicamente han contribuido a disminuir las diferencias entre sectores de la población ya sea por niveles de ingresos, en este caso se ha clasificado a la población ordenada por ingresos en 5 partes relativamente homogéneas como son los quintiles, o por áreas de residencia o dominios geográficos.

El presente apartado se limita a una aproximación en las desigualdades o igualdades en el acceso a los servicios de salud ante casos de enfermedad o accidente de la población teniendo en cuenta ciertos factores socioeconómicos para analizar la cobertura de los servicios y el impacto que los mismos hayan podido tener sobre el estado de salud de la población.

Utilizando datos de la EPH 1999 en su Sección N° 4 “Salud para todos los miembros de los hogares”, se obtienen datos a nivel de hogares y dentro de ellos de las personas que reciben atención médica ante casos de enfermedad o accidente y otras variables que permiten acceder a indicadores para convalidar la correspondencia entre eficiencia

(objetivo logrado con nivel de costo determinado) y equidad (igualdad de oportunidades de acceso).

b.1. POBLACIÓN ENFERMA O ACCIDENTADA Y LUGARES DE CONSULTA

Esta primera parte del análisis comprenderá la descomposición de la población entre los que se enferman y aquellos que al momento de la encuesta se encontraban sanos. Esto nos permitirá conocer la tasa de morbilidad de la población clasificada por estratos de pobreza, y constatar el grado de satisfacción de las necesidades de salud de la población en términos de acceso a consultas.

Cuadro N° 4

Población enferma o accidentada según grados de pobreza (%) 1999	
Condición de Pobreza	Pobl. Enferma o accidentada
Pobre Extremo	35,6
Pobre no Extremo	36,0
No Pobre	34,9
Total País	35,2

Fuente: DGEEC – EPH 1999

Según la EPH 1999, la tasa de morbilidad del país fue de 35% al igual que para los no pobres. Los pobres extremos presentan una tasa ligeramente superior (36%) aunque se puede connotar que los pobres en general se enferman más dado que la probabilidad que un pobre se enferme es 66% mayor a la de un no pobre²⁰.

Por otro lado, teniendo en cuenta la población enferma o accidentada es importante conocer si han podido atender sus dolencias, ya sea en instituciones públicas o privadas. El cuadro anterior nos demostró que la tasa de morbilidad de los pobres extremos es ligeramente mayor y esto se contrapone con un nivel de atención inferior que este grupo obtiene, ya que apenas 30% de los mismos acuden a algún médico o institución de salud o curandero para recibir atenciones ya sean curativas o de tratamientos específicos.

Cuadro N° 5

POBLACIÓN ENFERMA O ACCIDENTADA SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE CONSULTA y CONDICION DE POBREZA 1999

	% de la población que consulta	Tipo de establecimiento de consulta										Total
		IPS	Hosp. de Clínicas	Otro hospít. público	Centro y Puesto de salud	Sanidad militar y policial	Hospital / consul. priv	Dispensario	Farmacia	Casa curandero	Otros	
POBREZA												
Pobre extremo	29,1	0,9	0,9	6,0	36,8		14,0	1,0	10,8	22,7	6,9	100,0
Pobre no extremo	44,3	14,2	3,5	8,6	32,0	1,0	20,7	0,9	4,9	10,2	4,1	100,0
No pobre	53,9	18,5	1,0	5,7	19,6	1,7	37,4	0,2	5,2	5,3	5,3	100,0
Total	48,3	16,1	1,4	6,2	23,4	1,4	32,3	0,4	5,7	7,8	5,3	100,0

Fuente: DGEEC – EPH 1999

²⁰ DGEEC – Marcos Robles “Pobreza y Distribución del Ingreso en Paraguay” Año 2000.

Profundizando un poco más el análisis, descomponiendo la población por quintiles de ingresos permite observar la distribución de la cobertura de servicios de salud al interior de cada uno de los grupos poblacionales.

En efecto, analizando a la población enferma o accidentada solo 30% del quintil más pobre consulta ante casos de enfermedad o accidente, en contraste con 53,4% y 67% del cuarto quintil y del 20% más rico que si lo hacen.

Por tanto, se verifica que la atención de la salud está directamente relacionada con la capacidad de pago que tengan las personas para recibir cuidados tal como se demuestra al relacionar el nivel de consulta realizada por las personas enfermas o accidentadas y los quintiles de ingresos donde dicha conducta es positiva y proporcional.

En cuanto al acceso a atención médica ante casos de accidente o enfermedad por zonas geográficas del país, también se observan desigualdades dado que la tasa de consulta en Asunción es de 63,3%, 58,3% en el Resto Urbano y en el área rural es apenas de 38%. La afirmación de la desigualdad puede ser reforzada por los datos de pobreza que es más acentuada en el área rural donde 42% de la población no dispone de ingresos suficientes para cubrir sus gastos alimenticios y no alimenticios, y una situación más crítica es que casi 30% de la población ni siquiera alcanza a cubrir gastos para satisfacer sus necesidades nutricionales mínimas.

Cuadro N° 6

POBLACIÓN ENFERMA O ACCIDENTADA SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE CONSULTA Y QUINTILES DE INGRESOS, 1999

	Población enferma o accidentada	% de la población que consulta	Tipo de establecimiento de consulta											Total
			IPS	Hosp. de Clínicas	Otro hospít. público	Centro de salud	Puesto de salud	Dispensario	Sanidad Militar y Policial	Hospital / consul. Privado	Farmacia	Casa Curandero	Otros	
QUINTILES														
20% más pobre	412.323	29,9	2,2	1,5	5,5	29,5	8,9	1,1	0,3	14,1	9,4	21,2	6,3	100,0
20% siguiente	392.325	41,3	8,6	3,3	9,2	29,8	4,2	0,6	0,6	19,2	6,9	12,9	4,8	100,0
20% siguiente	403.864	51,8	19,4	1,2	7,5	23,2	3,6	0,2	1,4	25,5	6,4	6,4	5,3	100,0
20% siguiente	407.441	53,4	22,4	1,0	6,7	15,1	0,5	0,2	1,6	38,4	4,6	4,3	5,3	100,0
20% más rico	367.556	66,8	19,8	0,8	3,1	11,2	1,6	0,3	2,2	50,4	3,4	2,0	5,1	100,0
Total	1.983.509	48,3	16,1	1,4	6,2	20,2	3,2	0,4	1,4	32,3	5,7	7,8	5,3	100,0

Fuente: DGEEC - EPH 1999

Del total de personas que consultan, se puede observar que 45% de la población perteneciente al quintil más pobre recurre a los Hospitales, Centros y Puestos de salud, y a los Dispensarios; todos estos centros son dependientes del MSP y BS.

Se comprueba que la utilización de los servicios brindados por la principal institución rectora de la salud es progresiva hacia los de menores ingresos, pues a medida que los individuos tienen mayor capacidad de pago, quintiles de mayores ingresos, el grado de utilización de los servicios del MSP y BS a través de sus distintos centros de distintas complejidades es menor. Si se toman todos los servicios de salud que tienen financiamiento del sector público o del tesoro, el nivel de utilización es mayor para el segundo y tercer quintil, y es menor para los más ricos.

Otra de las prácticas más difundidas por la población más vulnerable ante casos de enfermedad o accidente son los servicios de curanderos. Tal como lo reproduce el Cuadro N° 7, 21% de la población perteneciente a la quinta parte más pobre accede a atención no formal, en este caso a los servicios prestados por los curanderos, hecho que debe constituirse en foco de análisis y atención de los hacedores de políticas de salud. Dicha práctica va siendo menor en la medida que las personas poseen más recursos económicos y estén en mejores condiciones en cuanto a la distancia a los centros o puestos de salud, ya que estos factores están estrechamente relacionados con la posibilidad de acceder o no a los servicios de salud y la clase de servicios. Esta

evidencia delata la necesidad que la entrega de servicios sea orientada hacia grupos más específicos y pertenecientes a estratos más pasibles de sufrir carencias como lo son los pobres, para propiciar una mayor cobertura entre aquellos que se encuentran en desventaja económica y geográfica.

En esta primera parte, se puede concluir que la tasa de morbilidad de los pobres y los más pobres (quintil más pobre) es superior y que en contrapartida el nivel de consulta de estos estratos es relativamente menor a los de estratos de menores carencias lo que constituye un factor de desigualdad en el acceso, dado que las causas de no consulta son las económicas (20% para el quintil más pobre frente a 15% del quintil más rico), las geográficas, ya que mayor es la incidencia de no consulta por dicha razón para los más pobres. La automedicación es también argumento más difundido para la no consulta, pero en este caso se agudiza en el quintil más rico.

Por otra parte, si bien la entrega de servicios por parte del MSP y BS a través de todos los niveles de prestación y complejidad es progresiva, se sugiere un mayor grado de focalización por grupos objetivos para mejorar y ampliar la cobertura y lograr disminuir las diferencias evitables e injustas al mínimo posible, esto es disminuir la desigualdad y la exclusión y aumentar la igualdad de obtener acceso a servicios de salud cuando sean necesarios, independientemente de la capacidad de pago, ubicación geográfica, grupo étnico, marginados, etc.

b.2.VACUNACIÓN DE NIÑOS

Cuadro N° 7

NIÑOS SIN VACUNA (%) SEGÚN QUINTILES. 1997/98						
VACUNAS	Total	quintil 1 (más pobre)	quintil 2	quintil 3	quintil 4	quintil 5 (más rico)
NINGUNA	9,7	54,7	28,8	9,8	5,1	1,6
BCG	17	49,4	32,7	10,8	4,8	2,4
ANTISARAMPION	30,5	33,2	24,3	22,3	11,6	8,7
VACUNA SABIN	18,2	41,4	29,9	16,3	8,3	4,1
TRIPLE O DPT	19,3	41,5	29,8	16,1	8,3	4,4

Fuente: DGEEC - EIH 1997/98

La inmunización de niños contra enfermedades infecciosas ha sido una misión primordial y constituye una de las formas más efectivas de prevención primaria ante la aparición de infecciones severas²¹.

Esta Sección analiza la información proveniente de la EIH 1997/98 y revela que en general, 90% de los niños menores a cinco años están vacunados, aunque es preciso ver los niveles de cobertura por tipos de vacunas. En contrapartida, se puede observar que casi uno de cada diez niños no ha tenido ningún tipo de vacunación en el período de referencia estudiado, además se constata que los niños que pertenecen a hogares más pobres son los más afectados por la falta de inmunización, donde más del 50% de los niños están en dicha situación.

La vacuna antituberculosa (BCG) protege al 81,5% de los niños²² menores a 5 años, sin embargo, 17% han quedado sin recibir esta protección, siendo mayor dicha incidencia

²¹ <http://www.medynet.com/usuarios/PrevInfad/Vacunas.htm>

entre los niños más pobres (49.4%). Se puede observar que existen diferencias de cobertura de vacunación por estratos de ingresos, donde los niños pertenecientes a estratos más pobres quedan fuera de la cobertura de vacunación, situación que va mejorando a medida que aumentan los ingresos tal como se puede constatar en el Cuadro N° 8.

La vacuna antisarampión que se aplica en una sola dosis, ha llegado al 68% de los niños menores a cinco años, lo que denota que aún han quedado sin esta vacuna un poco más de 30% de los niños. Esta es la vacuna que tuvo mayor grado de exclusión en términos generales, aunque al interior del primer quintil (más pobre) es el que muestra menor incidencia en relación a las carencias de las demás vacunas. Al igual que en el caso anterior, a medida que mejoran las condiciones de ingresos de los hogares de los niños, mejora el acceso a las vacunaciones.

La vacuna Sabín o Antipolio es una vacuna contra la poliomielitis o parálisis infantil que se aplica en tres dosis, y que sumado a dichas dosis, más el refuerzo cubre a un poquito más de las tres cuartas partes de la población infantil en estudio, por tanto queda sin ninguna dosis 18% de los menores a 5 años. De nuevo se observa que la falta de vacunación afecta en menor medida a los niños de estratos altos, solo 4% frente a 41.4% de ausencia de inmunización contra la parálisis infantil de la población infantil más pobre.

La vacuna contra la difteria, tos convulsa o tos ferina y tétanos llamada DPT (Triple) ha llegado al 75% de los niños en las tres dosis más el refuerzo. Otros 4.4% ha recibido alguna dosis sin recordar la dosis exacta, quedando la quinta parte de la población menor a 5 años carente de esta vacuna, afectando mucho más a los niños del primer quintil como en la carencia de las demás vacunas.

Habiendo analizado la cobertura de estas cuatro vacunas, se puede decir que en términos generales la cobertura lograda oscila entre 70% y 80%. Las deficiencias se agudizan en el caso de los niños pertenecientes a los estratos más pobres para todos los casos de vacunas además porque es en el primer quintil donde existe mayor concentración de niños. En efecto, el primer quintil (más pobre) aglomera al 28% de los niños, el segundo al 24%, el tercero al 20%, el cuarto al 15%, y el quintil más rico solo al 12% de los menores a cinco años.

Es decir, la relación directa entre cobertura y estratos de ingreso, lo que a su vez conlleva a un sesgo en la cobertura de vacunas hacia los estratos de mayor ingreso, deja no solo de lado a los niños más pobres sino también a mayor cantidad de niños en cada estrato socioeconómico.

Relacionando la entrega de servicios con los recursos asignados al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) del MSP y BS, se puede decir que el PAI está clasificado dentro de los Programas de Acción de la Dirección General de Epidemiología y le ha correspondido el 15% del presupuesto obligado de esa dirección. En términos más

²² 1.5% corresponde a las no respuestas. Todas las demás diferencias en los demás tipos de vacunas en cuanto a su cobertura y la exclusión se deben a las No Respuestas cuyos valores van de 1.3 a 1.5%.

globales, el PAI formó parte de menos del 1% del Presupuesto general de Gastos del MSP para el año 2000²³.

b.3. ATENCIÓN DE LAS MADRES GESTANTES.

El Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar la morbilidad materna y perinatal. Es muy importante considerar la forma y periodicidad en que se han controlado las madres gestantes, ya que analizar dichos datos permitirá elaborar sugerencias para mejorar tan importantes consultas.

Del total de mujeres de 15 a 49 años de edad, solo un poco más de 6%²⁴ se encontraban embarazadas en el momento de la EIH 1997/98, y de dicho grupo algo más del 60% ha realizado tan importante tarea de previsión y control como lo son los controles prenatales.

Al igual que en el caso de las vacunaciones, los controles prenatales también están directamente relacionados con la condición económica de las gestantes.

Cuadro N° 8

ATENCIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS POR QUINTILES, 1997/98						
	Total	quintil 1 (más pobre)	quintil 2	quintil 3	quintil 4	quintil 5 (más rico)
% Que se controló*	61,5	40,9	52,3	61,7	80,5	76
% Que se controló en	59,3	87	75,9	68	47,8	28,4
Centros Públicos dependen- dientes del MSP y BS**						

* Mujeres de 15 a 49 años, que estaban embarazadas.

** Mujeres de 15 a 49 años, que estaban embarazadas y que se han controlado

Fuente: DGEEC – EIH 1997/98

Se observa que las que más se controlan son las mujeres embarazadas del cuarto y quinto quintil más ricos, donde casi cuatro de cada cinco mujeres acuden a realizar sus controles prenatales. Sin embargo, solo dos de cada cinco mujeres del quintil más pobre lo hacen, la proporción del segundo quintil es un poco mayor, cinco de cada diez embarazadas y del tercer quintil seis mujeres de cada diez.

De lo analizado y observado se concluye que existen diferencias importantes en cuanto a la atención prenatal de las madres gestantes entre quintiles, siendo progresiva en relación al nivel de ingresos al que pertenecen las embarazadas.

En cuanto a los lugares que acuden las gestantes para realizar los controles, las mujeres embarazadas y que se han controlado han respondido que en general casi 60% lo han hecho en Centros y Puestos de Salud u otro hospital público dependientes del MSP y BS. El uso de los servicios brindados por las instituciones de salud dependientes de la principal entidad encargada de velar por la salud de la población es regresivo con

²³ Obs: Solo se han tomado datos del presupuesto obligado del PAI, que para el año 2000 fue de 676 millones de guaraníes corrientes. Fuente: CEPPRO – Presupuesto Público Número 8, Evolución del presupuesto del MSP y BS 1989 al 2000. Cuadro N° 14

²⁴ Corresponde a cerca de 80.000 mujeres.

respecto a los estratos de ingresos más altos y a favor de los pobres, ya que 87% de las madres gestantes del 20% más pobre de la población se han controlado en las mismas, casi 76% del segundo quintil, 68% del tercer quintil y un poco más de la cuarta parte de las que pertenecen al quintil más rico.

Cuadro N° 9

Control Prenatal de Mujeres embarazadas de 15 a 49 años según quintiles, 1997/98			
	Con N° de Controles* por debajo del mínimo	Con N° de Controles Igual o Mayor al Mínimo	TOTAL
Quintil 1	78,5	21,5	100
Quintil 2	89,4	10,6	100
Quintil 3	68,3	31,7	100
Quintil 4	47,3	52,7	100
Quintil 5	58,7	41,3	100
Total	68,2	31,8	100

* Se han tomado a las embarazadas de 5 meses con uno y más controles, de seis meses con dos y más controles, de siete meses con tres y más controles, de ocho meses con cuatro y más controles, de nueve meses con cinco y más controles.

Fuente: DGEEC – EIH 1997/98

Ahora bien, el análisis precedente es muy general sin distinguir el número de controles según mes de embarazo, ya que evidentemente es importante considerar el tiempo gestacional y la frecuencia con que se atienden las embarazadas. Por tanto, será de suma utilidad brindar no solo mayor y mejor cobertura sino también que los controles sean oportunos y acordes a las necesidades tanto preventivas como curativas, lo que implica cierto número de controles durante cada mes de embarazo a los cuales deben ser sometidas las futuras madres para poder concretar todos los objetivos de los controles prenatales que en términos generales son: identificación de los factores de riesgo, el diagnóstico de la edad gestacional, de la condición fetal y materna, además de la educación a la futura madre.

En ese sentido, para presentar el cuadro N° 10 se ha analizado a las mujeres de 15 a 49 años de edad que en el momento de la realización de la EIH 1997/98 han declarado estar embarazadas. A nivel nacional se observa que casi 32% de las embarazadas se han sometido a cierto número de controles que a los efectos de este trabajo lo denominamos “mínimo” y que comprende los siguientes rangos: por lo menos un control en el quinto mes de embarazo, al menos dos en el sexto mes, al menos tres en el séptimo mes, al menos cuatro en el octavo mes y al menos cinco al llegar al noveno mes. Por tanto 68% de las embarazadas no han tenido controles o lo han tenido por debajo de los parámetros arriba citados.

Los datos resultantes del análisis por quintiles, nos lleva a enunciar que las embarazadas pertenecientes al segundo quintil son las que menos controles oportunos tienen, dado que 89% de las mismas realizan controles por debajo de los estándares fijados, es decir que al llegar al quinto mes no han tenido ni un control o en el noveno no han tenido los cinco controles prenatales. Las mujeres del quintil más pobre muestran un grado de control mayor que a las pertenecientes al segundo quintil, lo mismo que las del cuarto quintil frente a las que pertenecen al estrato más rico (quinto quintil).

Al contrastar estos resultados con los del Cuadro Nº 10 se observa que las cifras varían dependiendo del análisis concreto que se esté realizando. En el cuadro citado se observó que 61.5% de las mujeres embarazadas se han controlado, pero al ver qué tan oportuno y con qué frecuencia han sido los controles prenatales se advierte una realidad diferente, ya que solo la tercera parte de las embarazadas de cinco meses y más han tenido al menos más de uno, dos o tres o cuatro o cinco controles en cada mes sucesivo al quinto mes de embarazo. Si bien la frecuencia del control prenatal está determinada por los factores de riesgos detectados en la gestación, por lo que serán necesarios tantos controles como la patología detectada lo requiera,²⁵ se ha tomado el quinto mes teniendo en cuenta que característicamente, los controles prenatales se efectúan cada cuatro semanas en el primer y segundo trimestre de la gestación²⁶, aunque se reconoce que se debe promover el primer control prenatal antes de las 20 semanas, para hacer un diagnóstico precoz de algunas patologías.²⁷

b.4. DISTRIBUCIÓN DEL SUBSIDIO EN GASTOS DE SALUD

A pesar que 31,4% de la población enferma o accidentada acude a instituciones públicas para atender sus dolencias²⁸, los servicios públicos no siempre están al alcance de aquellos sectores más vulnerables o carentes de ingresos suficientes para afrontar los gastos de atención de su salud, en otras palabras, no siempre son los pobres los que acceden a los servicios ofrecidos por instituciones de financiamiento público. Las dificultades que impiden que dichos servicios lleguen a los pobres²⁹ pueden ser los aranceles que deben ser pagados en los centros o puestos de salud, sumado a otros costos como los de transporte que dependiendo de la distancia a los puestos de salud pueden ser mayores o menores; costo de medicinas, etc. Estos costos son llamados directos y hay otros llamados indirectos que están asociados a los sacrificios o ingresos dejados de percibir por acudir a recibir atención médica (costos de oportunidad), dentro de esta clasificación además se insertan el tiempo de espera y otras dificultades generadas por dejar las actividades cotidianas y recurrir en busca de atención a las dolencias.

Con respecto a las tarifas o aranceles cobrados en las instituciones públicas, sobretudo en aquellas dependientes del MSP y BS y cuyo financiamiento corresponde al Tesoro Público (68,6%)³⁰, si bien los valores de los mismos son menores a los cobrados en instituciones privadas y con fines de lucro, lo que no necesariamente asegura que implícitamente sean realizados según criterios de focalización o teniendo en cuenta la capacidad de pago de los demandantes de modo a permitir la igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios de salud y de esa manera se obstaculiza llegar al objetivo antes citado de la equidad.

Estas tarifas que constituyen los precios que los establecimientos de salud cobran por los servicios prestados y dado un nivel de costos por atención, son subsidios que el

²⁵ http://escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/Obstetricia/AltoRiesgo/control_prenatal.html#TablaI

²⁶ Op. Cit.

²⁷ <http://www.minsa.gob.pe/dpspf/pe-cpn.htm>

²⁸ Datos de la EPH 1999, dicha cifra contempla las atenciones en el Hospital de Clínicas, otro Hospital Público, Centro y Puesto de Salud, Dispensario.

²⁹ Francke Pedro. "Focalización del Gasto Público en Salud en el Perú: Situación y Alternativas". 1998

³⁰ Las demás fuentes de financiamiento corresponden a los recursos del Crédito Público (19,3%) y Recursos Institucionales (12,1%) correspondiente al año 2000. Fuente: Evolución del Presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social 1989 al 2000. CEPPRO. Año 2000

Estado otorga a los pacientes por cada atención³¹. Por tanto, en este trabajo nos referiremos al cobro de tarifas por prestación de servicios de atención de la salud como subsidios entregados por el Estado en términos de los gastos declarados por las personas encuestadas y que en el período de referencia de la encuesta han estado enfermos o accidentados y por tanto han consultado a alguno de los centros de atención de la salud incurriendo en gastos de consultas o medicamentos o de exámenes laboratoriales o de internación. (Son considerados subsidios para todos los casos donde las atenciones son cobradas a través de tarifas o aranceles con las aclaraciones ya realizadas más adelante).

En el marco de lograr la equidad en la entrega de los servicios de salud, el cobro de tarifas constituye un factor importante, pues dependiendo del valor del mismo se podrá obtener mayor demanda sobretodo de los que pertenecen a estratos más pobres para de esa manera permitir a los mismos una mayor cobertura de servicios de salud.

Además es importante analizar cómo y a quiénes llegan los subsidios otorgados por el Estado para la provisión de servicios de salud y de esa manera analizar no solo el grado de igualdad o de desigualdad que pueda existir en la provisión de los servicios como medio para lograr el objetivo de la equidad y de ataque a la reducción de la pobreza, sino también los errores en la focalización (Aunque se aclara que los servicios brindados por el MSP y BS tienen cobertura universal y no responden a un objetivo específico de servicios focalizados). A modo de comentario dichos errores se refieren al error de omitir a los pobres (Error Tipo I) y el error de incluir a los no pobres (Error tipo II)³² que sería fruto de una falta de estrategia de identificación y selección de personas que integran la población objetivo: en este caso los pobres. Si el objetivo es incidir sobre la carencia en servicios de salud, lo más apropiado para determinar la población objetivo es utilizar información que combine niveles de incidencia de la pobreza y otras características de la misma.³³

Si bien la equidad puede ser lograda a través de aplicación de programas específicos de focalización implementadas a través exoneraciones totales o parciales a los más pobres, dentro de un plan de entrega universal de servicios de salud como es el caso paraguayo, se establecen tarifas de acceso a los servicios de salud que comparativamente con las del sector privado son menores, por tanto existe un nivel de transferencia o subsidio que es preciso analizar, para ver si efectivamente los receptores de dichos subsidios son los que menos ingresos poseen o los más desfavorecidos ya sea por la distancia a las instituciones de salud u otras razones.

b.4.1. Subsidio en Gastos de Consulta

El subsidio otorgado por las distintas instituciones públicas o instituciones prestadoras de servicios de salud que tengan financiamiento del Tesoro Público (Hospital de Clínicas, Centros y Puestos de Salud, Otro Hospital Público, Dispensario, Sanidad Militar y Policial) en concepto de pago de consultas por persona difiere teniendo en cuenta zonas y áreas de residencia, niveles de pobreza, entre otros factores. La estimación de subsidio adoptada en este trabajo consiste en la diferencia entre las tarifas

³¹ Francke Pedro, "El cobro de tarifas y la equidad en la distribución del subsidio público en Salud en el Perú". 1999

³² Ver DGEEC, Revista Economía N°3, 2001. Robles Marcos, "Pobreza y Gasto Público en Educación en Paraguay" Pág. 8

³³ Op. Cit.

cobradas en concepto de consultas por las instituciones públicas de atención de la salud y los que son percibidos por los hospitales y consultorios privados.

En efecto, los subsidios públicos por consultas son regresivos para el área rural, ya que los residentes de ésta área reciben una proporción menor del monto total del subsidio al que representan en la población, dado que reciben casi 33% del monto para una población que representa 41%. Lo mismo se observa para los habitantes de la zona urbana del departamento Central, a quienes les llega el 18% del subsidio en consultas y ellos constituyen 23% del total poblacional. Sin embargo, en Asunción se presenta una realidad diferente pero igualmente regresiva, porque los asuncenos reciben 17% del subsidio y representan 12% de la población total en estudio³⁴. En el mismo sentido de análisis se ubican los habitantes del resto urbano que reciben casi 10% más de la proporción poblacional que los mismos representan.

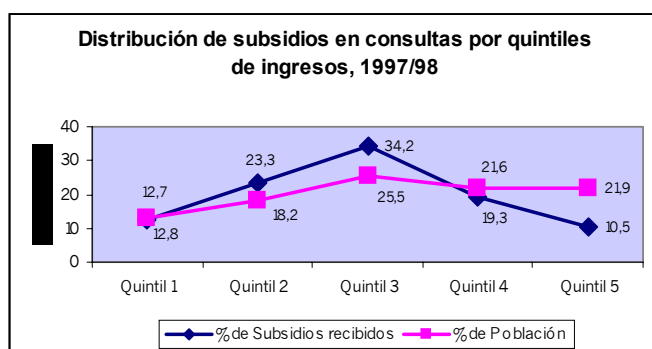
Este análisis puede reafirmarse teniendo en cuenta solo la segmentación urbana y rural donde puede observarse más claramente la regresividad comentada en el párrafo anterior. Las dos terceras partes del total de subsidios públicos son distribuidos entre casi 59% de las personas que habitan en zonas urbanas, mientras que la restante tercera parte es asignada entre una población rural de 41%. Por tanto, se observa una regresividad en la distribución de los subsidios públicos por consultas médicas teniendo en cuenta los dominios y áreas de residencias.

Sin embargo, al analizar la distribución de los subsidios teniendo en cuenta otros factores como los quintiles de ingresos o niveles de pobreza, se observa que existe una distribución equitativa del subsidio en el quintil más pobre teniendo en cuenta el porcentaje que representa este quintil en el total (12,8%), pero dicha equidad no se mantiene en los demás quintiles. La población que integra el segundo quintil representa al 18% de la población y recibe 5% más de subsidios de aquella proporción; el estrato medio (quintil 3) también recibe más de subsidio (34,2%) pero en una cuantía incluso superior con relación al peso poblacional (25,5%) que este tiene. En cuanto a la percepción de subsidios por parte de las personas de mayores ingresos ubicadas en el quintil cuarto y quinto, se puede decir que es proporcionalmente menor al que los mismos representan en cada quintil, así los del quintil cuatro reciben 19.3% del subsidio y ellos constituyen casi 22% de la población y la diferencia se ahonda para el quintil cinco a quienes llega 10,5% de los subsidios en tanto que los mismos forman parte del 22% de la población en estudio.

Los subsidios por niveles de pobreza tienden a concentrarse más en los estratos de pobres no extremos y no pobres, donde aquellos reciben casi 18% de los subsidios en tanto que forman parte del 14% de la población y los no pobres reciben 4.6% menos de subsidio que su peso poblacional. Sin embargo, es oportuno aclarar que entre los pobres extremos la distribución de subsidios versus concentración poblacional es casi igual.

FIGURA N° 3

³⁴ Las personas incluidas en el análisis son las que en el periodo de referencia han estado enfermas o accidentadas, y han consultado por dichas dolencias, siempre que no sea un familiar. Además se han impuesto las restricciones de no nulidad y no negatividad en los datos, realizando los filtros correspondientes.



Fuente: DGEEC – EIH 1997/98

b.4.2. Subsidio por Gastos en Hospitales (Internaciones)

Por dominios, la distribución de subsidios muestra que 35,5% de los mismos se distribuyen entre 21% de la población del resto urbano, mientras que 24% se distribuye entre 20% del departamento Central Urbano. El área rural se lleva 23% de los subsidios y el mismo representa 40% de la población. En términos generales se puede acotar que existe un excedente de subsidios del 17% para el área urbana y en consecuencia los habitantes del área rural reciben menos cantidad de ayuda en concepto de pago por internaciones en hospitales (23% del total de subsidios para casi 40% de la población).

Sin embargo, analizando por quintiles de ingresos, el quintil más pobre recibe un monto de subsidio casi igual a lo que corresponde a su peso poblacional, panorama que persiste en el quintil dos, en los estratos medio y medio alto se observa una concentración mayor de subsidios sobretodo para el quintil tres (estrato medio) lo que deriva en una regresividad en el cobro de tarifas por internaciones ya que los recursos deberían de concentrarse hacia los estratos más necesitados que son los del quintil 1 y 2. No obstante esto, el quintil más rico recibe menos proporción de ayuda de lo que corresponde a su composición poblacional con respecto al total.

En cuanto a situación de pobreza y percepción de subsidios, no se observan mayores diferencias.

Cuadro N° 10

Subsidios en gastos de hospitales por quintiles de Ingresos, 1997/98		
<i>Quintiles de Ingresos</i>	<i>% de subsidios</i>	<i>% de población</i>
Quintil 1	15,8	15,3
Quintil 2	15,7	16,2
Quintil 3	33,0	23,8
Quintil 4	28,4	24,3
Quintil 5	7,1	20,3
Total	100,0	100

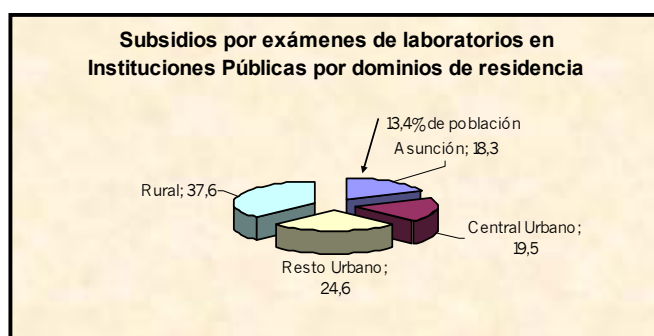
Fuente: DGEEC – EIH 1997/98

b.4.3. Subsidio por Examen de Laboratorio

Los gastos por exámenes de laboratorios hechos en instituciones públicas normalmente representan un menor monto en relación a los realizados en consultorios y hospitales privados, en consecuencia también se da un cierto nivel de subsidios en concepto de este gasto otorgado por las instituciones del sector público que realizan estas funciones. Así, el subsidio para los habitantes de Asunción es un poco mayor a su proporción en la población, lo mismo que en el área rural. El área urbana del Departamento Central, recibe casi 10% menos en monto de subsidio en relación a la proporción de su población, lo mismo que en el resto urbano pero a diferencia que la brecha entre monto de subsidio percibido y porcentaje de población es menor. Es decir, en términos globales el área urbana recibe 5,5% menos en monto de subsidio que su peso poblacional, lo que implica un sesgo positivo en este servicio hacia la población residente en el área rural.

Por quintiles de ingresos, sin embargo se observa mucha fluctuación en la distribución de subsidios ya que el quintil más pobre recibe un nivel de subsidio mayor en 5% a su peso en el total de población estudiada. Los estratos más beneficiados son los pertenecientes al quintil medio y medio alto, ya que en estos se concentra el 57% del total de subsidios por exámenes laboratoriales y los mismos representan casi 50% de la población.

Figura N° 4



Fuente: DGEEC – EIH 1997/98

Los datos arriba revelados parecen indicar que los gastos del sector público orientados a cubrir las necesidades de exámenes laboratoriales a través de las distintas instituciones se entregan con relativa equidad o por lo menos el monto total de subsidio llega más a los de menores ingresos y los que residen en el área urbana, por tanto falta cotejar dichos datos por niveles de pobreza para aseverar que la entrega de este servicio es equitativa.

Y efectivamente, al comparar la distribución de subsidios por niveles de pobreza se observa que los a pobres extremos les corresponde una cuantía mayor de subsidios en relación a la concentración de personas en este estrato, 9,8% de subsidios para 6,4% de población, situación similar se presenta entre los pobres no extremos, es decir aquellos cuyos ingresos permite satisfacer sus necesidades alimentarias pero no cubren las demás necesidades por estrechez de ingresos reciben en promedio 10,5% del total de subsidios en este servicio en tanto que representan 9,2% de la población. Los subsidios públicos

llegan en menor medida a los no pobres (aquellos cuyos ingresos están por encima de la línea de la pobreza) lo que nos lleva a concluir que en este servicio los mismos se dan con relativa equidad o progresividad hacia los más cadenciados y los residentes en áreas más alejadas o rurales.

b.4.4. Subsidio en Gasto de Medicamentos

Dependiendo del tipo de institución donde las personas enfermas o accidentadas se atienden gastan más o menos en medicamentos, por tanto deduciendo de los gastos que las personas realizan en concepto de pago por medicamentos ante casos de enfermedad o accidente es posible crear la variable “subsidio” que permite conocer cuál es el subsidio del sector público en este concepto.

Por dominio geográfico de residencia de las personas se observa que a los asuncenos les llega una porción de subsidios igual a la composición porcentual de su población mientras que a los que habitan en el área urbana del departamento Central les llega en menor proporción, 18,1% de subsidios que debe ser distribuido entre 23% de la población, situación similar para los que residen en el resto urbano aunque se advierte que la diferencia es menor (2%). Los habitantes del área rural representan alrededor de 41% de la población en estudio³⁵ y absorben casi 48% del monto total del subsidio. En líneas generales existe un sesgo en la distribución de los subsidios en medicamentos hacia los habitantes del área rural.

El comportamiento de la obtención de medicamentos a precios más accesibles gracias al subsidio obtenido por parte de entidades de atención de la salud del sector público presenta una realidad que podría decirse es progresiva al tener en cuenta los quintiles de ingresos al constatar que los de menores ingresos (quintil uno) reciben una cuantía de subsidios igual a su peso poblacional, los estratos medio bajo y medio reciben más que su proporción poblacional y los estratos medio altos y altos reciben menos que el número de personas aglomeradas en dichos estratos, situación acentuada para los más ricos donde la diferencia es de un orden mayor al 10%.

Al examinar por niveles de pobreza se puede decir que sigue la misma tendencia equitativa entre distribución de montos de subsidios en medicamentos y concentración de población en cada clasificación.

Cuadro N° 11

Subsidios en gasto de medicamentos según quintiles de ingresos, 1997/98		
<i>Quintiles de Ingresos</i>	<i>% de subsidios</i>	<i>% de población</i>
Quintil 1	13,7	13,6
Quintil 2	21,4	16,1
Quintil 3	31,4	24,2
Quintil 4	22,9	23,1
Quintil 5	10,6	23,0
Total	100	100

Fuente: DGEEC – EIH 1997/98

³⁵ Alrededor de 763.000 personas.

III- CONCLUSIONES

La salud como estado de completo bienestar físico, síquico, mental y social y que permite al individuo rendir servicios de calidad requiere de cuidados y es fruto de la interacción de varios de varios factores entre ellos el sistema de salud. Los servicios curativos y preventivos de la salud pueden ser ofrecidos tanto por los sectores público y privado, pero las fuerzas del mercado no aseguran que todas las personas tengan acceso al conjunto mínimamente aceptable de los beneficios de la salud. Por ello se hace necesaria la participación del estado a través de subsidios públicos para financiar, parcial o totalmente, los servicios de salud que se consideran un mínimo socialmente aceptable. Esto se da para aquellos bienes ante los cuales existen recursos insuficientes de algunos para el pago de los servicios mínimos. Pero el uso de los recursos públicos requieren a su vez lograr la eficiencia (máxima efectividad con unos recursos dados) y la equidad que puede ser abordado como una perspectiva de igualdad de oportunidades de todas las personas que participan de un sistema de salud de tener acceso a los servicios de salud de acuerdo a sus necesidades reales de salud y que dicha situación no dependa exclusivamente de la capacidad de pago de las personas.

La pregunta que puede facilitar la tarea para establecer si las erogaciones en salud por parte del Sector Público llegan a los más vulnerables y a sectores más desprotegidos es: “¿quién se beneficia más del gasto público?” En general los gobiernos piensan que una gran parte del gasto que realizan se destina hacia la producción de “bienes públicos”—servicios de salud que benefician a la comunidad, en lugar de persona individuales. También piensan que otra gran proporción del gasto termina beneficiando familias pobres, que no pueden pagar por servicios de salud. Las cuentas de salud (que muestran patrones de gasto) en combinación con datos sobre utilización (que muestran quiénes están usando los distintos tipos de servicios) pueden demostrar si estas suposiciones son correctas.

Los datos de las Encuestas de Hogares ejecutadas por la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos permiten observar la realidad del estado de salud de la población y las medidas tomadas para preservar el bien meritorio de la salud. Así, solo la quinta parte de la población posee seguro médico, casi la tercera parte de la población residente en áreas urbanas y apenas 8% de la población rural. En 1999, 35.2% de la población ha declarado estar enferma o accidentada, de los cuales 48% ha consultado con algún médico o curandero para atender su dolencia.

La atención de la salud de la población paraguaya es responsabilidad de tres subsectores: Público, Privado y Mixto, siendo la institución rectora de la salud el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS)

En cuanto a la evolución y composición del gasto público en salud a través del presupuesto asignado al MSP y BS que para el año 2000 representó 7% de los Gastos del Gobierno Central. Se puede decir que este porcentaje se mantiene desde el año 1992, ya que anteriormente la fracción que correspondía al MSP y BS era menor oscilando 4 a 5% entre los años 1988 y 1991.

La salud como componente del gasto social absorbe 16% del mismo (educación, salud, agua y saneamiento básico, vivienda, previsión social, bienestar social, cultura, recreación y otros) para el año 1998 (Benegas, Sauma). En realidad, el porcentaje

correspondiente a salud ha oscilado entre 10 a 18% del total de gastos sociales, pero se observa un promedio de 16% para el período 1992-1998. Relacionando el nivel del gasto en salud con la producción total del país, el presupuesto obligado del MSP y BS representó en el año 2000, 1.6% del Producto Interno Bruto (PIB).

La distribución de los gastos del MSP y BS entre gastos corrientes y de capital indican que los primeros han constituido la mayor parte del total de gastos y han fluctuado entre 73 y 85% de los gastos totales. Los gastos obligados del MSP y BS en promedio en los últimos 8 años (1992 al 2000) se han destinado en 60% a servicios personales, en promedio casi 13% a compra de materiales y suministros y el mismo valor para inversiones físicas. Este último objeto del gasto ha experimentado un crecimiento desde el año 1994, aunque se observa una recaída en el año 2000.

El presupuesto en su parte de gastos está organizado en diversos programas que la principal institución rectora de la salud debe ejecutar, y son los programas de Acción que han absorbido casi 70% en promedio del total de gastos pagados en el período 1993/2000, llegando incluso este tipo de programa del presupuesto del MSP y BS a ascender al 80% en 1997 y ha tenido un comportamiento positivo en términos de crecimiento sobretodo en el año 1996 cuando los gastos pagados han aumentado en 33%. Los principales programas de acción son los referentes a Asistencia médica general que en los últimos cuatro años (1997/2000) ha participado del 40% de los gastos obligados del MSP y BS que son a su vez distribuidos entre las distintas regiones sanitarias.

La distribución de gastos por departamento muestra que en función a un indicador de necesidades de salud (INS) construido para obtener un elemento que englobe las necesidades observadas en términos generales en la salud de la población de cada departamento tomando datos de niños, mujeres, población en general que resumen las necesidades más notorias en cada sector y grupo poblacional. Dicha distribución permite ver una asignación de inequitativa de los gastos de Asistencia Médica General del programa de Acción del MSP y BS, ya que no son coherentes con las necesidades de la población de cada departamento, en este caso de los cinco departamentos analizados, observándose una regresividad en contra de aquellos que se encuentran en desventaja en cuanto a posibilidades de acceso a los puestos de atención de la salud y a la capacidad de financiamiento y a aquellos que presentan mayores necesidades de atención de la salud en cuanto a nutrición, acceso a agua potable, nivel de educación, mejores condiciones de habitabilidad, entre otros.

El perfil de la salud de la población refleja que según la EPH 1999, la tasa de morbilidad del país fue de 35% al igual que para los no pobres. Los pobres extremos presentan una tasa ligeramente superior (36%) aunque se puede connotar que los pobres en general se enferman más dado que la probabilidad que un pobre se enferme es 66% mayor a la de un no pobre. Dentro de ese mismo marco, solo 30% del 20% más pobre de la población enferma o accidentada consulta ante casos de enfermedad o accidente, en contraste con 53,4% y 67% del cuarto quintil y del 20% más rico que si lo hacen. Analizando siempre a los más pobres (primer quintil) se puede observar que 45% de los mismos recurren a los Hospitales, Centros y Puestos de salud, y a los Dispensarios; todos estos centros son dependientes del MSP y BS. Además se comprueba que la utilización de los servicios brindados por la principal institución rectora de la salud es progresiva hacia los de menores ingresos, pues a medida que los individuos tienen mayor capacidad de pago, quintiles de mayores ingresos, el grado de utilización de los

servicios del MSP y BS a través de sus distintos centros de distintas complejidades es menor.

El análisis de las personas que se enferman o accidentan y que consultan acercan la conclusión que la tasa de morbilidad de los pobres y los más pobres (quintil más pobre) es superior y que en contrapartida el nivel de consulta de estos estratos es relativamente menor a los de estratos de menores carencias lo que constituye un factor de desigualdad en el acceso, dado que las causas de no consulta son las económicas (20% para el quintil más pobre frente a 15% del quintil más rico), las geográficas, ya que mayor es la incidencia de no consulta por dicha razón para los más pobres. Por otra parte, si bien la entrega de servicios por parte del MSP y BS a través de todos los niveles de prestación y complejidad es progresiva, se sugiere un mayor grado de focalización por grupos objetivos para mejorar y ampliar la cobertura y lograr disminuir las diferencias evitables e injustas al mínimo posible, esto es disminuir la desigualdad y la exclusión y aumentar la igualdad de obtener acceso a servicios de salud cuando sean necesarios, independientemente de la capacidad de pago, ubicación geográfica, grupo étnico, marginados, etc.

La situación de grado de inmunización de los menores a cinco años del país, indican que 90% de los están vacunados, pero aún quedan casi uno de cada diez niños no ha tenido ningún tipo de vacunación en el período de referencia estudiado, además se constata que los niños que pertenecen a hogares más pobres son los más afectados por la falta de inmunización, donde más del 50% de los niños están en dicha situación.

Han quedado sin recibir la vacuna antituberculosa (BCG) 17% de los niños, siendo mayor dicha incidencia entre los niños más pobres (49.4%). Se puede observar que existen diferencias de cobertura de vacunación por estratos de ingresos, donde los niños pertenecientes a estratos más pobres quedan fuera de la cobertura de vacunación, situación que va mejorando a medida que aumentan los ingresos.

Sin vacuna antisarampionosa han quedado un poco más de 30% de los niños, sin la Sabín 18% de los menores a 5 años, y la carencia de la vacuna triple o DPT ha afectado a la quinta parte de la población menor a 5 años, afectando mucho más a los niños del primer quintil como en la carencia de las demás vacunas.

Un buen control prenatal permite detectar en forma oportuna y disminuiría los mayores riesgos de enfermedades de la madre y el niño, por ello también se ha explorado cuál es la realidad de los mismos entre las mujeres de 15 a 49 años de edad y que han estado embarazadas, aunque solo 6% de las mismas han revelado estado de gravidez para el período de la EIH 1997/98 y de dicho grupo 60% han realizado al menos un control. Pero es importante además conocer el número de controles según tiempo de embarazo para ver si la demanda por estos servicios se han realizado en forma oportuna y correcta, imponiendo un límite inferior que contempla que al llegar al noveno mes de embarazo al menos debe tener 5 controles se observa que 68% de las embarazadas han tenido controles por debajo de los parámetros establecidos como mínimo, hecho que debe ser analizado y profundizado para estudiar las causas y establecer de esa manera mejores y oportunos mecanismos para acercar tan importantes servicios a las madres gestantes.

La última parte del trabajo consistió en establecer si las transferencias en términos de subsidios que el sector público ofrece a través de los servicios de consulta médica, exámenes laboratoriales, internaciones y cobro por medicamentos se realizan hacia los sectores más pobres o que se encuentran en desventajas geográficas o económicas para

de esa manera determinar si dichos subsidios contribuyen a disminuir la brecha en atención de la salud entre los más pobres y los más ricos lo que en definitiva conduce al logro del objetivo de la equidad y la eficiencia, ya que implica llegar a los objetivos a través de la utilización de los siempre limitados recursos disponibles.

Los subsidios públicos por consultas son regresivos para el área rural, ya que los residentes de ésta área reciben una proporción menor del monto total del subsidio al que representan en la población, dado que reciben casi 33% del monto para una población que representa 41%, mientras que en Asunción se presenta una realidad diferente pero igualmente regresiva, porque los asuncenos reciben 17% del subsidio y representan 12% de la población total en estudio. Las dos terceras partes del total de subsidios públicos son distribuidos entre casi 59% de las personas que habitan en zonas urbanas. Por quintiles de ingresos se observa que los subsidios son entregados con relativa equidad ya que 70% del total de subsidios está concentrado en 56.5% de la población que representa al 60 de los de menores ingresos, situación que también se presenta cuando se toma en cuenta los niveles de pobreza, aunque sería deseable una mayor concentración de los gastos hacia los más pobres ya que se ha visto que se enferman en mayor medida y consultan menos.

A juzgar por los datos de la distribución de subsidios por exámenes laboratoriales, el sector público ha podido canalizar sus servicios con relativa equidad en este concepto, dado que 19,7% de población que representa a los dos quintiles más pobres ha recibido 26,4% del total de subsidios, lo cual implica que este servicio estuvo enfocado hacia los más cadenciados, lo mismo que hacia los que habitan el área rural que han recibido casi 38% del monto total en subsidios mientras que ellos forman parte de 32% de la población. Aunque desagregando un poco más la distribución en el área urbana, se constata que los pobladores de Asunción que han demandado este servicio reciben 5% más de subsidio de lo que corresponde según su peso poblacional, pero eso ocurre en detrimento de lo que habitan el área urbana del departamento Central que se ven afectados en 10% de subsidios que lo que su población requiere.

Los subsidios que el sector público otorga a través de las distintas dependencias sanitarias que financia en concepto de gasto en hospitales (internaciones) presenta un panorama regresivo que se verifica ya sea por dominios geográficos, por áreas de residencia o por quintiles. Conforme a esta última característica, es decir a la forma en que llegan dichos subsidios en cada uno de los grupos poblacionales que están divididos en cinco grupos ordenados por niveles de ingresos, permite observar que 64.5% del total de subsidios en términos de la diferencia entre precios pagados por este concepto en un centro privado versus uno público se distribuye para 55% de la población que representa a los primeros tres quintiles. Por otro lado, teniendo en cuenta la zona de residencia más de las tres cuartas partes de los subsidios son absorbidos por la población urbana que representan 60% de la población en estudio. Por niveles de pobreza existe una distribución pareja entre subsidios y peso poblacional que cada grupo representa. Los pobres extremos y no extremos reciben 25.5% de los subsidios y ellos constituyen 25% de la población.

Finalmente, los subsidios por gasto en medicamentos también son entregados con mayor equidad (aunque ello no necesariamente implique concentración de gastos hacia los más pobres) en función a la distribución por quintiles de ingresos, donde el 20% más pobre recibe un porcentaje de subsidios igual a su composición poblacional (13.6%), el

subsidio se concentra entre el segmento medio bajo (segundo quintil) y la clase media (tercer quintil), los dos quintiles más ricos reciben en cambio una menor proporción de subsidios. Por área de residencia también se observa que los residentes del área rural que se enferman y consultan e incurrir en gastos de medicamentos reciben ventajas en instituciones públicas de atención de la salud ya que reciben casi la mitad del total del monto subsidiado en tanto que los mismos representan 41% de la población. Los favorecidos en este caso son los de Central Urbano y Resto Urbano. Por niveles de pobreza se da una cuasi igualdad entre monto de subsidio entregado y concentración poblacional.

Resumiendo el diagnóstico realizado se puede decir que la tercera parte de la población se enferma o accidenta y que el nivel de consulta varía y es menor cuando menores son los ingresos, lo mismo para las vacunaciones y controles prenatales lo que invita a reflexionar hacia una elaboración de estrategias que permitan revertir dicha situación, esto es aplicando la herramienta de la focalización para acercar los servicios de atención de la salud a aquellos que más lo precisan y que disponen de medios más estrechos para obtenerlos.

En cuanto a la distribución de los subsidios, estos se realizan en forma diferenciada dependiendo de la variable que caracterice a la población, pero existe una mejor distribución en los costos de medicamentos a los que acceden dichos servicios ofrecidos por las instituciones públicas de atención de la salud mientras que una situación plenamente regresiva es la que predomina en la entrega de servicios de hospitales, es decir que las internaciones requieren un cobro diferenciado por estratos y niveles socioeconómicos para alcanzar el objetivo de la igualdad de oportunidades ante desigualdad de posesión de recursos ya sean económicos o de otra índole como las características geográficas. Las consultas y los exámenes laboratoriales presentan relativa equidad aunque tienden a concentrarse en Asunción y en la clase medio lo que conduce a construir un escenario con una mejor distribución acorde con criterios de fijación en poblaciones objetivos como los más pobres y aislados y a la vez potenciar el proceso de descentralización para modificar la demanda de salud que tal vez por altos costos o distancias no puedan ser efectivizados que finalmente no solo inciden en el nivel de la salud de las personas, sino además en su productividad y el de la sociedad y finalmente en su calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA

- Bitrán y Asociados, Flagship Program, World Bank Institute y Universidad Alberto Hurtado “Focalización y Paquetes de beneficios”. Programa Flagship, Reforma y Financiamiento Sustentable del Sector Salud. Santiago de Chile. Junio 2000.
- CEPPRO. La Reforma de la Seguridad Social en el Paraguay: El Caso del Sector Salud. Agustín Carrizosa. 1996.
- CEPPRO, Presupuesto Público. Evolución del presupuesto del MSP y BS 1989 al 2000. Año 2001
- DGEEC, Revista Economía N°3, 2001. Robles Marcos, “Pobreza y Gasto Público en Educación en Paraguay” Pág. 8
- DGEEC, Evolución de las NBI 1992-1998
- DGEEC, Encuesta Integrada de Hogares 1997/98
- DGEEC, Encuesta Permanente de Hogares 1999
- DGEEC, Revista N° 4 Economía y Sociedad. Situación de la Salud y Nutrición Infantil en Paraguay. Yung Il Lee. 2001
- DGEEC – Marcos Robles “Pobreza y Distribución del Ingreso en Paraguay” Año 2000.
- Duahu Emilio. Política social, pobreza y focalización. Reflexiones en torno al programa de educación, salud y alimentación. Sociólogo y Doctor en Urbanismo.
- Francke Pedro. “Focalización del Gasto Público en Salud en el Perú: Situación y Alternativas”. 1998
- Francke Pedro. “El cobro de tarifas y la equidad en la distribución del subsidio público en Salud en el Perú”. 1999
- <http://www.mspbs.gov.py/hiermenux.html>
- <http://www.mspbs.gov.py/hiermenux.html>
- http://escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/Obstetricia/AltoRiesgo/control_prenatal.html#TablaI
- <http://www.minsa.gob.pe/dpspf/pe-cpn.htm>
- ISALUD, Documentos del curso de Economía de la Salud. Argentina. 2001
- Martínez Esperanza y Villalba Sandra. La equidad y los Seguros de salud publicos y privados.

- OPS - Perfil del sistema de servicios de salud de paraguay. Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud. División de desarrollo de sistemas y servicios de salud.

INDICE

<u>Título</u>	<u>Página</u>
I- Introducción.....	2
II- Análisis de la equidad en el gasto y la cobertura de los servicios en salud...	6
II. a. Evolución del gasto y composición del Gasto Público en Salud.....	6
II. b. Perfil de la Salud de la Población.....	12
II. b.1. Población enferma o accidentada y lugares de consulta.....	13
II. b.2. Vacunación de Niños.....	15
II. b.3. Atención de las Madres Gestantes.....	17
II. b.4. Distribución del Subsidio en Gastos en Salud.....	19
II. b.4.1. Subsidios en Gastos de Consulta.....	20
II. b.4.2. Subsidio por Gastos en Hospitales (Internaciones).....	22
II. b.4.3. Subsidio por Exámen de Laboratorio.....	23
II. b.4.4. Subsidio en Gastos de Medicamentos.....	24
III. Conclusiones.....	25
Bibliografía.....	30
Indice.....	32
Anexos.....	34

INDICE DE CUADROS

<u>Título</u>	<u>Página</u>
Cuadro N° 1: Evolución de Gastos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS) 1990-2000	7
Cuadro N° 2: Indicadores de Necesidades de Salud (INS) según indicadores 1997/98	11
Cuadro N° 3: Relación entre porcentaje de gasto por Departamentos e INS	11
Cuadro N° 4: Población enferma o accidentada según grados de pobreza	13
Cuadro N° 5: Población enferma o accidentada según establecimientos de consulta Y condiciones de pobreza 1999.	13
Cuadro N° 6: Población enferma o accidentada según quintiles de ingresos.	14
Cuadro N° 7: Niños sin Vacunas (%) según quintiles de ingresos 1997/98	15
Cuadro N° 8: Atención de Mujeres embarazadas por quintiles de Ingresos 1997/98	17

Cuadro N° 9: Control Prenatal de Mujeres embarazadas de 15 a 49 años según quintiles de Ingresos 1997/97	18
Cuadro N° 10: Subsidios en gastos de Hospitales por quintiles de Ingresos 1997/98	22
Cuadro N° 11: Subsidios en gastos de Medicamentos según Quintiles de Ingresos 1997/98.	24
Figura N° 1: Evolución de la tasa de crecimiento anual del gasto social real de la Administración Central y gasto real en salud (1985-1998)	7
Figura N° 2: Brecha entre INS y % de gastos asignados a cada departamento.	12
Figura N° 3: Distribución de Subsidios en consultas por quintiles de Ingresos	21
Figura N°4: Subsidios por Exámenes en Laboratorios en Instituciones Públicas por dominios de residencia 1997/98	23

ANEXOS

